

UN BEM DIFFICILE À ÉVALUER!

Réactions de la CSD au *Rapport d'évaluation* du *Bureau d'évaluation médicale*

Document présenté devant la
Commission de l'économie et du travail
le 23 février 2005



CENTRALE DES SYNDICATS DÉMOCRATIQUES

Février 2005

TABLE DES MATIÈRES

	Page
PRÉSENTATION.....	1
INTRODUCTION.....	2
RÉPARTIR PLUS ÉGALEMENT LES DOSSIERS.....	3
LA RÉTRO-INFORMATION, POUR QUOI FAIRE?.....	7
LE PROGRAMME DE FORMATION.....	9
LES RAPPORTS HUMAINS.....	9
LA SOUS-UTILISATION DE CENTRES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS.....	10
LES FLUCTUATIONS DU DÉLAI OPÉRATIONNEL MOYEN.....	10
CONCLUSION.....	13

PRÉSENTATION

La Centrale des syndicats démocratiques (CSD) représente près de 65 000 travailleuses et travailleurs œuvrant dans presque tous les secteurs d'activité économique du Québec, à l'exception des fonctions publiques fédérale et québécoise.

La CSD compte près de 400 syndicats affiliés, la plupart provenant du secteur privé puisque environ 95 % de nos membres en sont issus. Comme certains syndicats détiennent plus d'un certificat d'accréditation, la CSD est présente dans plus de 500 milieux de travail au Québec.

La santé et la sécurité du travail constitue un des sujets de préoccupation majeurs de la CSD parce que les membres de nos syndicats affiliés nous confient la mission de veiller à ce qu'ils ne perdent pas leur vie à la gagner. La CSD a donc mis sur pied une équipe de personnes, des outils et un programme de formation pour prévenir les lésions professionnelles.

Il est aussi primordial, pour nous, que nos membres victimes de lésion professionnelle puissent vivre une procédure de réparation la plus juste possible.

INTRODUCTION

Le Bureau d'évaluation médicale, le BEM pour les initiés, a été institué en juin 1992, en remplacement de l'arbitrage médical qui existait depuis 1985. Bien que modifié, le BEM a été maintenu en juin 1997 par l'adoption de la *Loi instituant la Commission des lésions professionnelles et modifiant diverses dispositions législatives* qui, par son article 68, oblige le ministre du Travail à faire un rapport d'évaluation au gouvernement du BEM.

Un premier rapport a été produit par le ministère du Travail, le 2 avril 2001, mais il semble qu'il n'ait jamais été étudié en commission parlementaire. Le même ministère a donc produit un document d'actualisation de ce rapport, le 19 octobre 2005, et ce sont ces deux rapports qui sont sous étude devant la Commission de l'économie et du travail.

Aucun des deux rapports ne contient de recommandations claires sur l'avenir du BEM, mais nous comprenons que celui-ci est assuré moyennant la poursuite des efforts déployés pour améliorer les mesures qui dépendent de facteurs internes au BEM. Pour notre part, nous pensons qu'il faut aller plus loin et questionner davantage les pratiques internes, surtout que le document d'actualisation présente de nombreuses lacunes, au point où, sur certains aspects, on ne peut porter de jugement pleinement éclairé.

RÉPARTIR PLUS ÉGALEMENT LES DOSSIERS

Le but avoué du BEM en cette matière est d'éviter qu'un membre produise plus de 405 avis par année, mais il n'y arrive pas, pire, la situation se dégrade en 2004 avec sept membres qui en ont vécu cette situation par rapport à un maximum de cinq au cours des années pour lesquelles le BEM a fourni des données ventilées. Nous avons tenté de recomposer le tableau 1 avec les données des deux documents préparés par le ministère du Travail.

TABLEAU 1
RÉPARTITION DES AVIS ENTRE LES MEMBRES

Année	Avis produits	Membres	Nombre de membres ayant produit (par année)		
			0 à 135 avis 1 à 135 avis	136 à 405 avis	plus de 405 avis
1996	8 903	108	82	24	2
1997	8 785	98	75	20	3
1998	7 535	88	67	17	4
1999	8 900	85	60	22	3
2000	9 327	80	54	21	5
2001	9 652	-	-	-	-
2002	11 072	-	-	-	-
2003	11 540	-	-	-	-
2004	11 882	91	45	23	7

Notre tableau 1 fait clairement ressortir qu'il y a un problème avec la qualité des données fournies dans le document d'actualisation par rapport à celle du rapport d'évaluation.

D'abord, les catégories ne sont pas les mêmes d'un document à l'autre sans que l'on puisse savoir s'il s'agit d'une faute de frappe ou de l'addition d'une catégorie (celle des membres qui n'auraient produit aucun avis en 2004). En effet, dans le rapport d'évaluation, on parle des membres qui ont produit de 0 à 135 avis, alors que, dans le document d'actualisation, on parle de ceux qui ont produit entre 1 et 135 avis.

De plus, on ne dispose pas des données ventilées pour les années 2001, 2002 et 2003.

Enfin, pour l'année 2004, la somme du nombre de membres ayant produit différentes quantités d'avis (45 ont produit de 1 à 135 avis, 23 en ont produit de 136 à 405 avis et 7 plus de 405 avis pour un total de 75 membres) n'équivaut au nombre total de membres du BEM (91 membres), alors que, pour les années 1996 à 2000, il y a adéquation parfaite entre les deux nombres. Est-ce à dire qu'il y aurait 16 membres (91 - 75) du BEM qui n'auraient produit aucun avis en 2004? Cela nous amène même à nous demander quel nombre est le bon pour l'année 2004, 91 ou 75 membres?

On ne peut donc pas savoir comment va le recrutement des membres du BEM, tout ce qu'on sait, c'est que les « *nouveaux membres recrutés (29) depuis 1998 [n'ont] pas permis [au BEM] d'avoir suffisamment de disponibilités pour éviter la surutilisation de certains membres* » (page 2 du document d'actualisation). Vingt-neuf membres recrutés pour passer de 88 membres en 1998 à 91 en 2004, ce qui n'est pas une récolte faramineuse, c'est donc tout ce qu'on peut savoir de l'état du recrutement.

Dans le document d'actualisation, on nous explique l'objectif d'éviter qu'un membre produise plus de 405 avis par année « n'a pas été atteint en raison des difficultés de recrutement de membres, causées par plusieurs facteurs, dont voici les principaux :

« Pour devenir membre du BEM :

- Le candidat doit avoir cinq ans d'expérience dans sa spécialité. À noter qu'il n'y a pas cette contrainte pour faire des expertises pour d'autres demandeurs (exemple : SAAQ, CSST, RRQ, employeur, syndicat, etc.).
- De plus, le candidat doit renoncer à agir à titre de médecin désigné pour la CSST ou l'employeur ainsi qu'à recevoir des mandats de la part des syndicats. Un membre du BEM qui souhaite effectuer des évaluations pour un autre demandeur ne peut le faire essentiellement que pour la SAAQ ou la direction de l'IVAQ.
- Par ailleurs, les experts qui travaillent à titre de médecins désigné pour la CSST et les employeurs sont aussi bien rémunérés que les membres du BEM. Toutefois, ils ont l'avantage de pouvoir effectuer les évaluations à leur cabinet.
- De plus, des honoraires plus élevés sont versés aux experts qui font des évaluations pour les employeurs et la SAAQ. Ils reçoivent en moyenne 600\$ par évaluation comparativement à 350\$ pour un membre du BEM.

« En résumé, l'explosion des demandes depuis l'année 1999 combinée à nos difficultés de recrutement dans le contexte actuel expliquent notre impossibilité à atteindre l'objectif de cette mesure » (document d'actualisation, pp. 2 et 3).

Reprenons deux de ces quatre raisons évoquées pour expliquer les difficultés de recrutement de nouveaux membres du BEM. D'après les informations dont nous disposons, le minimum de cinq ans d'expérience requise des candidats au BEM n'est pas vraiment un frein au recrutement parce que, dans les faits, les médecins recrutés ont la plupart beaucoup plus de cinq ans d'expérience dans leur spécialité. Le fait d'accepter des candidats qui ont moins de cinq ans d'expérience n'apporterait donc pas plus d'eau au moulin du BEM, même si, sur papier, ça semble pertinent d'abaisser le nombre d'années d'expérience requises.

Pour ce qui est de devoir renoncer à agir à titre de médecin désigné pour la CSST, les employeurs ou les syndicats, on se demande où les auteurs du document d'actualisation veulent en venir. En effet, pour la CSD, il est impératif de maintenir la séparation qui existe actuellement entre le BEM, la CSST, les employeurs et les syndicats. Peut-être sommes-nous chatouilleux, mais nous préférons prévenir que guérir, comme cela devrait être le cas avec tout ce qui concerne la santé et la sécurité des travailleuses et des travailleurs, d'ailleurs.

Nous espérons que ce n'est pas de ce côté que le ministre du Travail considère pouvoir faire augmenter le nombre de médecins au BEM car, selon nous, cette interdiction de jouer sur plusieurs tableaux est en fait une garantie d'indépendance et d'impartialité des membres du BEM et de son processus. Ouvrir la porte à ce genre de mandats « simultanés » compromettrait grandement l'impartialité dont les membres du BEM doivent faire preuve en évaluant les cas qui leur sont présentés.

LA RÉTRO-INFORMATION, POUR QUOI FAIRE?

Le mécanisme de rétro-information mis en place en 1997 par la direction du BEM nous apparaît questionnable à plusieurs égards.

D'abord, il s'agit de faire circuler l'information sur les décisions rendues par la Commission des lésions professionnelles (CLP). Or, il ne s'agit pas du même ordre de preuve dont il est question entre le BEM et la CLP. Le BEM doit établir une preuve médicale avec tout le protocole scientifique que cela comporte. C'est donc une preuve beaucoup plus difficile à établir qu'une preuve légale, comme on en établit à la CLP, qui, elle, est basée sur la probabilité. En faisant de la rétro-information sur les décisions rendues par la CLP, on risque d'orienter les décisions des membres du BEM vers ce qui peut être gagné plutôt qu'en fonction du cas qui leur est confié.

Ensuite, cette pratique entraîne le risque que le médecin en vienne à se percevoir comme un médecin-enquêteur qui juge de la crédibilité du « patient » au lieu de répondre de manière neutre aux questions qui lui sont posées. Selon nous, si un membre du BEM commence à confondre son rôle de médecin pour celui d'enquêteur ou de juriste, c'est jusqu'au diagnostic qu'il posera qui pourra être influencé par cette (mauvaise) posture.

Enfin, nous nous interrogeons sur la description du mécanisme de rétro-information tel que faite dans le document d'actualisation. On peut y lire : « *Lorsqu'une décision fait partie d'un courant jurisprudentiel ou est intéressante pour la compréhension d'un sujet médico-légal, elle est diffusée à tous les membres* » (page 4). Plusieurs questions viennent à l'esprit

quant à cette pratique, car qui dit courant jurisprudentiel dit multiplicité de courants. Or, pourquoi diffuser une décision faisant partie d'un courant jurisprudentiel plutôt qu'une autre faisant partie de tel autre courant? Un courant jurisprudentiel est-il basé sur le nombre de décisions rendues (car, à la limite, plusieurs décisions d'un même commissaire pourrait former un courant) ou sur le nombre de commissaire qui ont rendu ces décisions? Qu'en est-il de la première décision qui brise un courant jurisprudentiel, quand est-elle reconnue formée un autre courant? Une telle décision « isolée » ne contient-elle pas des arguments valides elle aussi?

Pour ce qui est de la grille d'évaluation, quels sont les critères de qualité du BEM? Nous posons cette question parce que ce n'est pas clair dans le rapport d'évaluation et, surtout, parce que, dans la pratique, on peut constater qu'il subsiste de nombreuses imprécisions de la part des membres du BEM concernant :

- le diagnostic
- le barème des dommages corporels
- les limitations fonctionnelles

Pire, il subsiste parfois des erreurs matérielles.

Que 7% des avis du BEM aient été jugés déficients par la CLP pour cause d'examen incomplet (page 22 du rapport d'évaluation) nous apparaît une situation carrément inacceptable.

LE PROGRAMME DE FORMATION

À la CSD, nous pensons que la participation aux séances de formation qui sont offertes aux membres du BEM doit être obligatoire pour rehausser le niveau de qualité des avis des membres du BEM. Il ne faut pas oublier qu'il ne s'agit que de deux formations par année, ce qui n'est guère contraignant pour les médecins qui souhaitent rester membre du BEM.

Il devrait aussi y avoir, via la formation, une uniformisation des examens pour une lésion précise pour éviter de se retrouver avec des résultats d'examen incomplet parce que l'examen lui-même a été incomplet.

Il en est de même pour le libellé des diagnostics posés, il devrait être uniformisé pour éviter de se retrouver avec des diagnostics différents (par exemple, tendinite versus tendinopathie) alors que le médecin du BEM, au fond, a diagnostiqué la même chose que le médecin traitant.

LES RAPPORTS HUMAINS

Pour ce qui est de la qualité des rapports humains, nous nous devons de souligner que notre personnel conseiller en la matière a été à même de constater une amélioration notable de par les expériences qui leur sont rapportées par les travailleuses et les travailleurs qui ont eu affaire avec des membres du BEM.

LA SOUS-UTILISATION DE CENTRES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

Enfin, en ce qui a trait aux centres médicaux spécialisés, il nous semble normal et sain d'y recourir, surtout pour évaluer les atteintes permanentes à l'intégrité physique et psychique et les limitations fonctionnelles. En effet, ces centres spécialisés sont en mesure de donner des informations objectives et complètes sur des questions comme la résistance physique et la force ou le déficit cognitif secondaire à un traumatisme crânien; alors qu'il est difficile pour un médecin évaluateur de le faire dans le cadre d'une rencontre qui dure tout au plus une heure. Pourquoi ne pas offrir cette possibilité et permettre au médecin évaluateur de procéder avec tous les éléments au dossier? On ne comprend pas du tout la réticence des membres du BEM de recourir à ces centres, surtout que les membres du BEM sont sur-sollicités alors que les centres médicaux spécialisés, eux, sont sous-utilisés, voire pas du tout utilisés.

LES FLUCTUATIONS DU DÉLAI OPÉRATIONNEL MOYEN

« *Le délai opérationnel est le nombre de jours qui s'écoulent entre la date de réception du dossier au BEM et la date de transmission de l'avis du membre, à la CSST, aux parties et aux professionnels de la santé concernés* » (rapport d'évaluation, p. 23). La direction du BEM nous annonce que l'objectif est de ramener ce délai à moins de 18 jours. Or, les données en la matière ne nous disent pas tout.

TABLEAU 2

DÉLAI OPÉRATIONNEL MOYEN DE TRAITEMENT
ET NOMBRE DE DEMANDES DE 1994 À 2004

Année	Nombre de demandes	Délai moyen de traitement (nombre de jours)
1994	8 217	18,5
1995	8 313	16,6
1996	9 119	16,9
1997	9 044	19,3
1998	7 788 ¹	18,5
1999	9 228	18,3
2000	10 018	19,2
2001	11 545	37,7
2002	11 495	38,7
2003	12 512	20,3
2004	13 377	31,5

Si le rapport d'évaluation nous fournit une explication partielle sur la baisse du nombre de demandes en 1998 (voir la note 1 en bas de page), le document d'actualisation ne nous explique pas le bond de plus de 1 500 demandes en 2001, pas plus que le quasi doublement du délai opérationnel moyen de traitement entre 2000 et 2001, celui-ci passant de 19,2 jours à 37,7 jours. Il ne nous explique pas non plus la réduction spectaculaire du délai qui se produit en 2003, passant de 38,7 jours à 20,3 jours, ni la hausse tout aussi spectaculaire qui se produit en 2004 quand le délai qui remonte à 31,5 jours.

¹ « Lors de l'entrée en vigueur des modifications à la loi, la procédure pour obtenir le rapport complémentaire du médecin qui a charge du travailleur a reporté de 30 jours les demandes d'avis au BEM. Cela explique partiellement la réduction des demandes en 1998 » (page 24 du rapport d'évaluation).



Tout ce qu'on apprend, c'est qu'en « *raison des difficultés de recrutement que nous avons énumérées plus haut* [cinq ans de pratique minimum pour les candidats au BEM; interdiction pour les membres du BEM de recevoir des mandats de la CSST, des employeurs et des syndicats; une rémunération non concurrentielle], *il nous a été impossible de trouver suffisamment de candidats pour répondre à la demande et nous n'avons pas atteint cet objectif* », celui de ramener le délai sous les 18 jours.

Nous trouvons ces explications insuffisantes.



CONCLUSION

Selon la CSD, le BEM doit poursuivre ses efforts :

- 1- quant à l'humanisme qui doit guider ses membres dans l'examen des victimes de lésions professionnelles;
- 2- quant à l'assurance que les examens seront complets, que ce sera toujours le même genre d'examen qui sera fait pour le même type de lésions et pour qu'il y ait cohérence entre ses membres quant aux dénominations des diagnostics;
- 3- pour veiller à ce que les membres du BEM ne confondent pas leur rôle avec celui des membres de la CLP;
- 4- quant au recrutement de nouveaux membres et à sa volonté de mettre fin à la sur-utilisation de certains des membres du BEM;
- 5- quant à la réduction du délai de production des avis.